**FICHE D’INSCRIPTION**

**et DOSSIER SANITAIRE**

**LIEU DU SEJOUR :** …………………………………………………………………………….……

*Photo de l’enfant*

(Obligatoire)

**NOM DU SEJOUR :** …………………………………………………………………………….….

**THEMATIQUE DU SEJOUR :** …………………………………………………………………..

**DATE :** …………………………………………………………………………………………….…….

**PROVENANCE :** ……………………………………………………….…………………………….

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE :****NOM :** ………………………………………………………….……  **Prénom :** …………………………………………………..…….…… **Né(e) le**………………………………………………………….……  **Âge :** …………………………………………………….……….…… **Sexe :** M / F **Nationalité :** …………………………………..……………………..……...…… **Taille :** ………………………….…… **Poids :** …………………………………… **Pointure :** …………………………….…………… |
| **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :**Mariage - En couple - Pacs - Veuf/Veuve - Divorce - Célibat |
| Responsable légal de l’enfant | Responsable légal de l’enfant |
| **PÈRE** **NOM et Prénom :** ………………………………………….…… **Adresse :** ………………………………………….………………..………………………………………….……………………………….**CP :** …………………………  **VILLE :** ………………………………**Nationalité :** ………………………………………….…………..**Profession :** ………………………………………….……………**Tél. Fixe :** ………………………………………….………….……**Tél. Portable :** ………………………………………….………..**Courriel :** ………………………………………….………………. | **MÈRE****NOM et Prénom :** ………………………………………….…… **Adresse :** ………………………………………….………………..………………………………………….……………………………….**CP :** …………………………  **VILLE :** ………………………………**Nationalité :** ………………………………………….…………..**Profession :** ………………………………………….……………**Tél. Fixe :** ………………………………………….………….……**Tél. Portable :** ………………………………………….………..**Courriel :** ………………………………………….………………. |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À JOINDRE EN PRIORITÉ :** |
| **EN CAS D’ABSENCE DU RESPONSABLE PENDANT LE SEJOUR, PREVENIR :****NOM et Prénom :** ………………………………………….………………………………………………………………………………………….**Adresse :** ………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….**CP :** ………………………………………….……………………… **VILLE :** ………………………………………….……………………………**Lien de parenté (éventuel) :** ………………………………………….………………………………………………………………………….**Tél. Fixe :** …………………………………………….…… **Tél. Portable :** ………………………………………………………….…… |

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS PARENTALE ET DROIT A L’IMAGE :****Je soussigné(e)** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………….**Demeurant** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..**Agissant en qualité de** (entourer la mention correspondante)**: Père - Mère - Tuteur (trice)** **Autorise** mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) à pratiquer les activités prévues dans le centre de vacances, pour lequel il/elle est actuellement inscrit(e).**ET,****Autorise** l’équipe d’animation du séjour et l’organisateur JAD à utiliser l’image de mon enfant sur support photographique ou informatique (blog de l’association, catalogue), **à l’usage exclusif du service**, pour la présentation et l’illustration des centres de vacances proposés aux enfants.**Fait à :** ………………………  **Le :** ………………………………… **Signature du responsable légal :** |

|  |
| --- |
| **AUTORISATIONS D’ANESTHESIER ET D’OPERER :****Je soussigné(e)** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………….**Demeurant** ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..**Agissant en qualité de** (entourer la mention correspondante)**: Père - Mère - Tuteur (trice)** **Autorise** en cas d’urgence, l’équipe d’encadrement à faire anesthésier et opérer mon fils/ma fille (rayez la mention inutile) si son état de santé le nécessite.**Fait à :** ………………………  **Le :** ………………………………… **Signature du responsable légal :** |

|  |
| --- |
| **IMPORTANT :**Votre enfant a-t-il une **allergie sévère**, un **handicap** et/ou des **problèmes de santé** à prendre en compte dès son inscription (Ex : P.A.I, …) ? OUI / NONSi oui, merci de préciser et de joindre les documents utiles : …….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..………..…….…………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………… |

**SUIVI SANITAIRE DE L’ENFANT**

* **L’ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT MEDICAL DURANT LE SEJOUR ? OUI / NON**

*Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d’origine et marqués au nom de l’enfant avec la notice).* ***AUCUN médicament ne pourra être délivré sans ordonnance.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de Sécurité Sociale :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Bénéficiez-vous de la C.M.U ?** **[ ]  OUI** **[ ]  NON** Si oui, joindre la photocopie de l’attestation en cours de validité. |

* **VACCINATIONS :**

*A compéter à partir du carnet de santé de votre enfant.* ***Joindre la photocopie du carnet de santé****.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATE |
| **Diphtérie** |  |  |  | **Hépatite B** |  |
| **Tétanos** |  |  |  | **Rubéole****Oreillons****Rougeole** |  |
| **DT Polio** |  |  |  | **Coqueluche** |  |
| **Ou Tétra Coq** |  |  |  | **BCG** |  |

* **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L’enfant fait-il des allergies ?

**Asthme : NON / OUI**

**Alimentaires  NON / OUI, précisez :**

**Médicamenteuses : NON / OUI, précisez :**

**Autres :**

L’enfant mouille-t-il son lit ? **OUI /**  **NON /**  **OCCASIONNELLEMENT**

Votre enfant porte-t-il ? **DES LUNETTES /**  **UN APPAREIL DENTAIRE / UN APPAREIL AUDITIF**

S’il s’agit d’une jeune fille, est-elle réglée ? **OUI /**  **NON**

* **PARTICULARITES ALIMENTAIRES :**

***IMPORTANT :*** *Veuillez nous spécifier tout régime ou restriction alimentaire (****ex. : SANS VIANDE, SANS GLUTEN, SANS PORC, …)*** *concernant votre enfant. Le rythme et l’intensité de certaines activités nécessite une alimentation quotidienne et la participation aux repas de tous.*

**NOM DU MEDECIN TRAITANT ET COORDONNEES :**

* **L’ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RUBEOLE**OUI / NON | **VARICELLE**OUI / NON | **ANGINES**OUI / NON | **OREILLONS**OUI / NON |
| **SCARLATINE**OUI / NON | **OTITES**OUI / NON | **ROUGEOLE**OUI / NON | **COQUELUCHE**OUI / NON |

**MIEUX LE/LA CONNAÎTRE POUR MIEUX L’ACCUEILLIR**

|  |
| --- |
| **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**…….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………….…………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Votre enfant sait-il nager ?** OUI / NON**Est-ce son premier séjour ?** OUI / NONSi non, a combien de colonies a t-il déjà participé ? **Pratique t-il une activité sportive ?** NON / OUI, précisez : |

**Pièces à fournir :** **[ ]** Dossier d’inscription et sanitaire (dûment rempli et signé)

 [ ]  Copie de l’attestation de Sécurité Sociale ou CMU

 [ ]  Copie du carnet de santé

|  |
| --- |
| **AUTORISATION PARENTALE :**Je soussigné(e), (NOM, Prénom) déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier.J’ai pris note qu’en cas d’intervention du médecin, le responsable du séjour avancerait les frais médicaux que je m’engage à rembourser au prestataire Jad ou au comité auprès duquel j’effectue ladite inscription. Je recevrai en retour les feuilles de soin de la Sécurité Sociale.J’autorise mon enfant à utiliser les moyens de transport (car, minibus) nécessaires dans le cadre de sorties extérieures durant ce séjour.Fait à , le **Signature du Responsable légal suivie de la mention « Lu et approuvé »** :  |

**Dossier à retourner à :**

**JEUNESSE ACTIVITES ET DECOUVERTE**

**28, Allée de la Cerisaie 24100 BERGERAC**

**Tél. : 06 74 31 58 44**

**Mail : contact@asso-jad.fr**